



Aanvraagformulier toestemmingsverklaring geneesmiddelen

Naam verzekerde:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en plaats:

Relatienummer:

Wij verzoeken u deze aanvraag volledig in te vullen. Onvolledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.

Dit formulier is bestemd voor het aanvragen van geneesmiddelen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, in infectieziekten gespecialiseerde arts verbonden aan een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD), medisch specialist, tandarts, kaakchirurg, physician assistant, verpleegkundig specialist of verloskundig huisarts of specialist waarmee wij een overeenkomst hebben.

In te vullen door de aanvrager

Let op. Dit formulier kan alleen gebruikt worden voor geneesmiddelen of via een openbare apotheek of magistrale bereidingen die niet via een landelijke artsenverklaring voorgeschreven worden conform Bijlage 2 van Zorgverzekeraars Nederland. Wilt u een uitzondering voor een geneesmiddel aanvragen waarvoor een landelijke artsenverklaring geldt? Wilt u dan de volledig ingevulde artsenverklaring inclusief onderbouwing naar ons sturen? U vindt de landelijke artsenverklaring via www.znformulieren.nl

Wat is de naam van het aangevraagde geneesmiddel, de toedieningsvorm, sterkte en fabrikant?

.....
.....

Zi-nummer (eventueel op te vragen bij de apotheek):

Heeft het geneesmiddel geen Zi-nummer en betreft het import of een magistrale bereiding? Graag toelichten en de te verwachten kosten:

.....
.....

Startdatum behandeling:

Dosering per dag:

Behandelduur:

Kosten per maand:

Voor welke aandoening schrijft u het middel voor?

.....
.....

Wat is de prevalentie van deze aandoening en welke referenties hebt u hiervoor beschikbaar?

.....
.....

Waarom kiest u specifiek voor dit middel in deze sterkte en dosering?

.....
.....

Waarom kan niet met de preparaten uitgekomen worden die in het GVS zijn opgenomen?

.....
.....

Welke alternatieven zijn geprobeerd? Welk beleid is gevolgd en met welk resultaat (inclusief duur en dosering)?

.....

.....

Op grond van welke behandelrichtlijn en wetenschappelijke literatuur wordt voor deze specifieke behandeling gekozen?
(graag toevoegen indien aanwezig)

.....

.....



Gegevens aanvrager

Naam arts/voorschrijver en AGB code:

Naam en AGB code ziekenhuis:

Naam en AGB code apotheek die medicijn gaat leveren:

Datum:

Stempel behandelend voorschrijver:

Handtekening behandelend voorschrijver:

.....



Indien wij na het in behandeling nemen van de aanvraag meer informatie nodig hebben zullen wij deze schriftelijk bij u opvragen.
U kunt dit formulier opsturen naar: CZ/Nationale-Nederlanden/OHRA, t.a.v. afd. Medische beoordelingen Farmacie, Ringbaan West 236,
Postbus 90152, 5000 LD TILBURG of mbz.farmacie@cz.nl.